

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

284

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Juliette HARBURGER

Née le 15 décembre 1894, à Thilay (Ardennes)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ
DE LA
CIRRHOSE ALCOOLIQUE
CHEZ LA FEMME

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Juliette HARBURGER

Née le 15 décembre 1894, à Thilay (Ardennes)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ
DE LA
CIRRHOSE ALCOOLIQUE
CHEZ LA FEMME

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULÉ..... Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER..... Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT..... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON MARI

M. LE DOCTEUR ADRIEN HARBURGER

Chef de Clinique à la Faculté
Croix de guerre
Médaille d'or des épidémies
† 5 octobre 1927

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

JEAN AUTIER

Elève de l'Ecole Normale Supérieure
Lieutenant au 100^e régiment d'Infanterie
Chevalier de la Légion d'honneur
Mort au champ d'honneur
† 18 juillet 1915

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Professeur honoraire du Lycée Carnot

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Laennec
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Hommage de ma très respectueuse
reconnaissance.*

A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE DOCTEUR JEAN PARAF

Médecin des Hôpitaux

*Nous dédions cette thèse, dont il nous
a inspiré le sujet et nous le prions de vou-
loir bien accepter le témoignage de notre
reconnaissance pour sa bienveillante solli-
citude à notre égard et son précieux ensei-
gnement.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'honneur

*Hommage de ma profonde reconnais-
sance, pour sa haute bienveillance et son
inoubliable enseignement.*

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ
DE LA CIRRHOSE ALCOOLIQUE
CHEZ LA FEMME

Laennec laissa son nom à la cirrhose alcoolique et atrophique ; après lui, Lancereaux, dans son *Traité des Maladies du foie et du pancréas de 1899*, concevant que « la cirrhose atrophique n'est en réalité qu'un mode de terminaison d'un désordre jusque-là méconnu », soutient qu'il n'y a qu'une seule espèce de cirrhose alcoolique qui cependant offre des variétés ; ainsi, il aperçoit déjà parmi les nombreux complexes anatomo-cliniques des cirrhotiques, « des formes atrophiques et des formes hypertrophiques ». C'est de la cirrhose alcoolique et de ses nombreuses variétés chez la femme, dont nous nous occuperons dans cette étude.

I

Dès la première description de Laennec dont les observations ne concernaient d'ailleurs que des hommes, tous les auteurs, qui, à sa suite, étudièrent la cirrhose alcoolique signalaient sa fréquence beaucoup plus grande chez l'homme que chez la femme. Si, en effet, depuis l'antiquité, il était admis que les foies durs étaient des foies de buveurs, pour tous les classiques ces foies pathologiques se rencontraient surtout chez l'homme, la femme, plus tempérante, ne devenant pas cirrhotique dans les mêmes proportions.

« L'analyse de nos observations, écrivait Lancereaux, donne seulement 60 femmes pour 158 hommes, c'est-à-dire que la cirrhose est de trois à quatre fois plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin ». « Ce qui s'explique facilement par les habitudes bien connues, des hommes et des femmes ; les premiers s'adonnant de préférence à des excès de vin plus souvent que les secondes, lesquelles s'adonnent de préférence aux liqueurs avec essences dont l'action sur le développement de la sclérose hépatique nous a paru à peu près nulle. Toutefois lorsque la sclérose du foie existe chez elles, elle revêt facilement la forme diffuse et se

trouve plus fréquemment que chez l'homme, associée à l'altération graisseuse des cellules de cette glande, ce qui résulte en partie des habitudes sédentaires ». Ainsi, dans une même page, Lancereaux concluait à la plus grande fréquence de la cirrhose alcoolique chez l'homme, insistait sur le rôle prépondérant du vin et de ses sels de potasse dans la genèse des cirrhoses (l'alcool éthyle ne jouant qu'un rôle secondaire), et même, indiquait brièvement les formes cliniques particulières que revêt cette manifestation éthylique chez la femme.

Il complétait encore son étude en montrant l'influence incontestable du métier dans l'apparition des cirrhoses alcooliques (blanchisseuses, cuisinières, ménagères, etc... pour les femmes). Quant à l'âge, d'après une statistique établie à l'aide des observations recueillies alors dans les hôpitaux d'adultes, il déterminait « que la cirrhose alcoolique atteint son maximum de fréquence entre 40 et 50 ans ».

Pour ce qui est de l'évolution de la maladie, tous les traités classiques décrivent la cirrhose alcoolique comme une maladie essentiellement chronique, à évolution continue et uniforme, qui peut être divisée en une phase préascitique (troubles digestifs, nerveux, etc..) puis une phase ascitique marquée par la répétition des ponctions, suivie le plus souvent d'une phase cachectique terminale et de mort, si le foie est atrophié ; suivie plus rarement de la guérison, si le foie est hypertrophié.

« La maladie de Laennec, écrivent MM. Villaret et

J. Bezançon, a une évolution chronique. Sa marche, ordinairement progressive dans la forme commune peut être troublée par des complications. Mais, même en dehors des accidents surajoutés, l'évolution de la cirrhose de Laennec aboutit presque toujours à la mort. Le plus souvent les accidents s'aggravent progressivement. On voit s'accroître les éléments du syndrome d'hypertension portale... d'autre part l'insuffisance hépatique se précise... »

Depuis ces conclusions, on a décrit une évolution vers une guérison clinique, vers une guérison relative, selon MM. Castaigne et Chiray ; des symptômes tels que l'ascite et d'autres manifestations cliniques pouvant disparaître, alors que la lésion du foie demeure.

On peut aussi, soit assister à des poussées d'hypertension portale (Villard), soit voir l'ascite disparaître (Ribierre et Paraf) alors que d'autres éléments de congestion du système porte persistent.

Enfin, on peut penser que les rémissions prolongées ou les guérisons d'apparence définitives, seront de moins en moins rares, au fur et à mesure que l'on dépistera plus précocement la cirrhose ; ce que Lancereaux écrivait déjà il y a 40 ans.

C'est seulement en mai 1924 que MM. Chauffard et Brodin, par une communication à l'Académie de Médecine, attirèrent l'attention sur « La fréquence et les caractères particuliers de la cirrhose alcoolique de foie chez la femme ». Durant un même laps de temps (1922-1923), dans le service du Professeur Chauffard, sur 23 observations de cirrhose alcoolique, 16 cas

concernaient des femmes, 7 cas seulement intéressaient des hommes.

De plus, ces observations révélaiient que : « la cirrhose du foie n'est pas cliniquement la même chez la femme que chez l'homme. Son processus, chez la femme, est bien plus polymorphe, entrecoupé de poussées évolutives qui en modifient, et le plus souvent, en aggravent le pronostic. »

En effet, les 16 cas de cirrhose alcoolique chez la femme se répartissaient ainsi :

Trois cas de cirrhose associée à des manifestations tuberculeuses ; dont 2 cas à gros foie et 1 à petit foie.

Quatre cas de cirrhose à gros foie, évoluant sur un organisme syphilité, et amélioré par le traitement spécifique.

Quatre cas où se succédèrent une amélioration passagère avec résorption de l'ascite, une rechute avec réapparition de l'ascite, suivie de mort plus ou moins rapide (dont : 3 foies hypertrophiés).

Cinq cas répondant au syndrome évolutif spécial de N. Fiessinger et Brodin (syndrome ictéro-ascitique) avec, cliniquement, apparition brusque d'un ictère au cours de la cirrhose, et mort rapide (constatation à l'autopsie du processus de sclérose annulaire compliquée de dégénérescence graisseuse).

A ces 16 cas de cirrhose évoluant sous ces divers

modos cliniques, chez des femmes, nos auteurs opposaient chez l'homme 7 cas de cirrhose atrophique du type Laennec, évoluant uniformément avec le développement progressif de l'ascite, avec les ponctions répétées et commandées par le retour rapide du liquide.

Un mois plus tard, en juin 1924, MM. Sergent et Pignot après avoir dépouillé les observations de leurs malades, confirmaient les conclusions de MM. Chauffard et Brodin ; cette fois, au cours de 1922-1923, sur quatorze observations de cirrhose alcoolique, 9 femmes étaient atteintes, tandis que 5 hommes seulement étaient touchés.

Ces 9 cas de cirrhose chez la femme se divisaient ainsi :

- 1 cas où, au cours de la maladie, se constitua le syndrome ictéro-ascitique de N. Fiessinger et Brodin.
- 1 cas de cirrhose associée à des manifestations tuberculeuses, avec un gros foie scléreux.
- 2 cas de cirrhose associée à la syphilis, 1 cas suivi de mort, avec gros foie, et 1 cas de type Laennec.
- 4 cas de cirrhose alcoolique commune, dont 2 à gros foie, et 2 à petit foie.

Par contre, chez les 5 hommes atteints, la cirrhose évolua selon le type Laennec.

Aussi, MM. Sergent et Pignot adoptaient-ils les con-

clusions que MM. Chauffard et Brodin avaient énoncées un mois auparavant.

« Les deux statistiques réunies donnant pour 37 cas, 25 femmes et 12 hommes, c'est-à-dire, à peu près exactement le double pour les femmes » on est donc frappé « par un véritable renversement de la proportion, si on compare les statistiques d'avant-guerre et celles d'après-guerre ».

« Pour ce qui est des différences évolutives chez l'homme et chez la femme, MM. Sargent et Pignot faisaient leur, le terme « de poussées évolutives », comme exprimant bien les recrudescences, les accidents qui surviennent au cours des cirrhoses alcooliques chez la femme ; « poussées évolutives » qui multiplient les formes, et qui font de cette affection chronique et uniforme à évolution lente et monotone un enchaînement de maladies aiguës, séparées par des crises incomplètes, soit, une affection plus polymorphe et plus imprévisible dans son développement.

Ces différences évolutives paraissaient dépendre, pour nos auteurs, de variations dans le processus anatomique ; car chez les hommes ce sont plutôt les accidents de sclérose atrophique qui prédominent et chez les femmes, les accidents d'insuffisance hépatique sclérogommeuse, avec foie hypertrophié.

Le polymorphisme et la gravité de l'affection chez la femme seraient aussi en rapport avec un taux inégal et inférieur de ce que l'on pourrait appeler « l'alcoolorésistance du foie » ; la femme offrant à l'alcool un organisme moins résistant et des organes plus fragiles.

Le jour où la femme quitta son foyer et sa vie sédentaire pour travailler à la place de l'homme et vivre comme lui, elle paya vite son intempérance et fit ce que nos auteurs appelèrent « des cirrhoses d'après-guerre ».

II

Les observations que nous avons pu faire, dans le service de M. Jean Paraf, à l'hôpital Laennec, nous ont montré, qu'à la suite de tous les bouleversements sociaux auxquels nous assistons « après-guerre », crise économique, travail de femmes en usine, chômage, etc.), la fréquence de la cirrhose alcoolique chez la femme se confirme et paraît même s'accroître. Nous avons étudié les observations des malades hospitalisés dans ce service de Laennec au cours ces années 1932 et 1933 ; sur 1.030 malades soignées, salle de femmes on relève 23 cas de cirrhose alcoolique ; sur 1.311 malades hommes on ne compte que 6 cas.

On retrouve donc le renversement de la fréquence relative des manifestations alcooliques chez l'homme et chez la femme, signalé en 1924 pour la première fois par MM. Chauffard et Brodin.

Parmi ces 23 malades, femmes, on trouve :

2 cas de cirrhose associée à des manifestations de tuberculose pulmonaire ; « cette complication tuberculeuse n'ayant rien de surprenant, d'après M. Brodin, car les atteintes hépatiques s'accompagnent d'absence de réaction à la tuberculine,

c'est-à-dire d'anergie, et exposent par cela même aux poussées tuberculeuses ». Nos 2 malades (cirrhose + tuberculose) toutes deux à gros foie, moururent, l'une à 46 ans, un mois après son entrée à l'hôpital, l'autre à 44 ans, après 3 mois de séjour dans le service, pendant lequel une cuti pratiquée se montra positive.

4 cas de cirrhose alcoolique évoluant sur des sujets à antécédents syphilitiques et à réactions de Bordet-Wassermann positives; dont deux formes de type Laennec (ponctions abondantes et répétées jusqu'à la mort, à 48 ans et à 68 ans); et 2 cirrhoses hypertrophiques, l'une chez une malade de 36 ans qui, sous l'influence d'un traitement associé au cyanure, vit ses œdèmes diminuer et quitta le service très améliorée.

Parmi nos autres malades, encore 3 cas de cirrhose type Laennec, dont 1 cas diagnostiqué tôt chez une femme de 39 ans, chez qui on assista à l'apparition de l'ascite, à son développement, et à la constitution d'un épanchement pleural de la base droite, avant que la malade quittât l'hôpital. Les 2 autres cas réalisaient le tableau de la maladie de Laennec, à la phase ascitique : foie petit, rate augmentée de volume, ascite abondante nécessitant des ponctions de plus en plus fréquentes jusqu'à la mort.

Quant aux 14 derniers cas relevés dans le service : 9 se présentaient avec gros foie, et 5 avec petit foie.

En résumé pour ces 23 malades femmes, il s'agissait :

de 10 cirrhoses atrophiques ;

de 13 cirrhoses hypertrophiques,

à évolution fébrile un subfébrile, aiguë ou subaiguë. L'affection polymorphe présentait, chez quelques malades, des particularités évolutives.

Chez plus d'une, après au début insidieux, brusquement le ventre augmente considérablement de volume, et l'ascite parfois abondante se trouve ainsi constituée en quelques jours.

Chez d'autres, l'ascite constituée et ponctionnée deux ou trois fois disparaît, et au lieu de se reproduire rapidement, laisse la malade, en apparence guérie, reprendre sa vie habituelle, avant de réapparaître dans une poussée évolutive qui aggrave la maladie.

Enfin chez plus d'un tiers de nos malades, le développement de l'ascite s'accompagne d'ictère et de fièvre avec température irrégulière ; des élévations thermiques de plus en plus marquées et de plus en plus longues semblent extérioriser les poussées évolutives de la maladie qui s'aggrave, et concordent, selon les cas, avec l'apparition d'un épanchement pleural, avec des douleurs, des hémorragies, des accidents cardiaques ou pulmonaires... ; c'est le tableau des cirrhoses dites « malignes », où pour MM. Chauffard et Brodin la dégénérescence graisseuse se greffe sur la sclérose hépatique, la complique et en rend plus redoutable le pronostic.

Pronostic particulièrement sombre, en effet, chez la femme, puisque 9 de ces malades femmes succombèrent à l'évolution maligne de leur maladie, tandis qu'il seules décès se produisait sur les 6 malades hommes (3 cirrhoses du Laennec et 3 formes hypertrophiques).

L'âge de nos malades (et l'âge de celles qui moururent) confirme que le maximum de fréquence de la cirrhose alcoolique se situerait entre 40 et 50 ans.

Les 9 décès survenus en 1932 et 1933 dans notre Service de Laennec se produisirent :

à 53, 67 et 68 ans, soit à un âge relativement avancé pour les malades atteintes de cirrhose, type Laennec pur.

à 44 et 46 ans pour les cirrhotiques avec tuberculose pulmonaire, celle-ci raccourcissant l'évolution de la maladie.

à 44, 46, 48 et 53 ans dans les cas de cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques ayant frappé parfois très tôt les malades (entre 26 et 36 ans), et se terminant par la mort, le plus souvent après un certain nombre de rémissions entrecoupées de poussées aggravantes.

Par rapport aux autres malades hospitalisées dans le Service, le pourcentage des malades femmes atteintes de cirrhose alcoolique était de 2,2 %, avec une mortalité relative de 39,1 %, et globale de 0,73 %. Dans le même temps, le pourcentage des malades hommes atteints de cette même affection, par rapport

à l'ensemble des malades, n'était que de 0,53, avec respectivement une mortalité de 14,2 % et de 0,09 %.

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS
ALCOOLIQUES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME.

	Nombre total de maladies	Cas de cirrhose	%	Mortalité %	
				relative	totale
Femmes ...	1.030	23	2,2	39	0,73
Hommes ...	1.344	7	0,53	14,2	0,09

III

Quelles peuvent être les causes de cette pathologie si particulière ? On ne discute plus le rôle du facteur éthyle dans l'étiologie de cirrhose alcoolique ; pour nos 23 cas cités, l'origine éthylique était certaine, c'est-à-dire que nos malades en dehors des boissons apéritives, avaient eu l'habitude de boire par jour plusieurs litres de vin, et, comme Lancereaux l'avait écrit, souffraient de cirrhose alcoolique plus que de cirrhose éthylique.

Ces dernières années, alors que des essais de réglementation des boissons alcooliques paraissaient amener, chez l'homme, une diminution de la fréquence de la cirrhose alcoolique, chez la femme, après guerre, la sclérose hépatique s'observa davantage, et aujourd'hui elle ne semble pas moins fréquente. Trois ou quatre fois plus fréquente chez l'homme, au temps de Lancereaux, la cirrhose alcoolique, de nos jours, atteint plus de femmes que d'hommes. Chaque sexe paye son tribut à l'alcool, mais la femme paye maintenant plus lourdement.

Le bouleversement des conditions sociales et la métamorphose de la vie de la femme l'expliquent, en partie. Les classiques faisaient déjà de la cirrhose une

maladie de métier ; la femme exerce aujourd'hui les métiers réservés autrefois aux hommes ; la femme émancipée socialement et moralement, fréquente les cafés et prend des habitudes d'intempérance ; l'émancipation féminine, l'usine, le café, et le chômage quand cesse le travail, ont développé un alcoolisme féminin.

La consommation du vin s'est accrue :

1924	48.000.000	d'hectolitres
1927	50.000.000	—
1930	49.000.000	—

Celle de l'alcool passe de :

1928	1.032.293	hectolitres
1930	1.164.274	—

(Chiffres donnés par la Ligue antialcoolique).

La femme boit sa part d'alcool et de vin ; elle boit, comme l'homme, pour « se donner du cœur à l'ouvrage » et pour se consoler ; aucune pudeur ne la retient plus, d'où la fréquence des cirrhoses alcooliques féminines.

Cependant si la femme paye sa faute plus que l'homme, sans doute offre-t-elle à l'éclosion de la maladie un terrain particulièrement favorable ? un terrain cirrhogène qui conditionnerait aussi les particularités évolutives de l'affection ?

En effet, alors que l'homme semble témoigner d'une forte « alcoololo-résistance », « fait d'accoutumance ancestrale, fixé comme un caractère héréditaire ac-

quis », la femme, elle, présenterait une sensibilité extrême à l'alcool due à l'absence d'immunité ancestrale; et à celle-ci se rattacherait la fragilité hépatique.

On est d'autant plus en droit de le penser que d'autres affections d'origine éthylique témoignent de cette même débilité, et de ce peu de résistance à l'égard de l'alcool.

La polynévrite éthylique due à l'abus des boissons (vin, alcool et essences surtout) est, elle aussi, plus fréquente et plus polymorphe chez la femme que chez l'homme; pendant la période où nous relevâmes nos cas de cirrhose, il y eut 7 cas de polynévrite éthylique chez les femmes, soit 0,67 % (relativement au nombre de malades) contre 2 cas chez les hommes (soit 0,15 %).

En dehors des conditions sociales et économiques, des conditions anatomo-physiologiques semblent donc régler la genèse et l'évolution des cirrhoses alcooliques chez la femme.

Alors que chez l'homme, c'est la sclérose atrophique qui domine la pathologie des cirrhoses, chez la femme, la fragilité hépatique et le faible degré d'alcoolorésistance diminuent le processus scléreux de défense; bien que, chez la femme, la cirrhose débute dans les années précédant la ménopause, et donc à l'âge des scléroses physiologiques, la sclérose atrophique pure se trouve rarement réalisée; sur celle-ci se greffe la dégénérescence graisseuse et ainsi se trouve réalisée une hépatite sclérograisseuse avec foie hypertrophié.

Dès lors les particularités évolutives se trouvent expliquées. « Les lésions fibreuses évoluent lentement... les lésions de dégénérescence graisseuse survenant brusquement, déterminent l'apparition de signes d'insuffisance hépatique et peuvent, selon l'intensité de l'atteinte du parenchyme hépatique, soit rétrocéder momentanément, soit entraîner la mort par insuffisance hépatique ou par tuberculose surajoutée » (Brodin) : d'où ces brusques poussées évolutives fréquentes au cours des cirrhoses féminines, exceptionnelles chez l'homme ; d'où, chez la femme, tableaux divers d'une affection polymorphe modifiée et aggravée à chaque poussée ; chez l'homme, maladie essentiellement chronique à évolution continue et uniforme, sans gravité immédiate à la phase de début.

La fréquence, le polymorphisme et la gravité des cirrhoses féminines ne doivent cependant désarmer ni le médecin, ni l'hygiéniste, mais plutôt l'encourager dans son œuvre de prophylaxie et de guérison.

En effet, la sensibilité plus grande de l'organisme féminin à l'alcool est réelle, et se manifeste principalement par des accidents précoces ; « les premiers excès ne tardant pas à provoquer des réactions gastriques, hépatiques ou nerveuses, qui en font aussitôt une malade et la préservent souvent d'une intoxication plus profonde (Marcel Labbé) ». Grâce à cette fragilité se trouverait préservée la possibilité de remédier à une première atteinte hépatique par un traitement approprié.

Donc, d'accord avec les classiques et Lancereaux,

et avec les modernes, dépistons le mal à sa naissance, soignons précocement par le repos absolu, la suppression de tout toxique, l'opothérapie hépatique ; dans le cas d'antécédents syphilitiques nets associons un traitement spécifique prudent, et nous pourrons ainsi guérir, en supprimant le mal à sa racine.

Reste aux pouvoirs publics à prévenir le mal, en luttant efficacement contre l'alcoolisme ;

Directement :

En réduisant les heures de consommation sur place.

En supprimant le privilège des bouilleurs de cru.

En limitant le nombre des débits.

En aggravant les lois sur l'ivresse.

Indirectement :

En améliorant les conditions matérielles des travailleurs, en luttant contre le taudis.

Les Etats-Unis d'Amérique, nous avaient donné en 1920 un exemple et nous ont soumis leur expérience en interdisant l'entrée, la fabrication et la consommation de toute boisson alcoolique sur leur territoire ; et c'est ainsi que dans l'Etat de Massachussets on put voir la mortalité par cirrhose baisser de 45 %.

Aujourd'hui, en France, nous n'assistons pas seulement aux accidents terminaux des cirrhoses nées de la guerre, mais aussi à l'éclosion de nouvelles cirrhoses chez de jeunes femmes, et c'est à la médecine, à l'hygiène et peut-être à la morale de faire œuvre.

CONCLUSIONS

I. — Dans ces dernières années (1932-1933) nos observations nous ont montré que la cirrhose alcoolique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, environ 3 pour 1.

II. — Cette affection se développe chez la femme avec une particulière gravité : la mortalité étant de 0,73 % chez la femme, et de 0,09 chez l'homme.

III. — Cliniquement, les formes hypertrophiques malignes sont les plus nombreuses chez les femmes : sur 23 cas : 13 cirrhoses hypertrophiques contre 10 atrophiques.

IV. — Pendant cette même période (1932-1933) nous avons retrouvé même fréquence, même proportion et mêmes caractères pour la polynévrite éthylique : 4 cas chez la femme contre 1 chez l'homme.

V. — Cette inversion de la fréquence relative des manifestations alcooliques chez l'homme et chez la

femme, semble être sous la dépendance de conditions sociales (travail des femmes en usine, crise économique) et de conditions anatomo-physiologiques, la femme apportant un terrain neuf et donc plus sensible à l'alcool.

Vu : le Président de la thèse,

L. BERNARD.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÈTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Paraf (Jean) et Klotz.* — Fréquence actuelle plus grande des manifestations alcooliques chez la femme que chez l'homme (Société médicale des Hôpitaux, 17 novembre 1933).
- Bernard (Léon) et Paraf (Jean).* — Pathologie médicale, t. II. Intoxications. Masson, éditeur.
- Chauffard et Brodin.* — Les différences évolutives des cirrhoses du foie chez l'homme et chez la femme (Bulletin de l'Académie de Médecine, 6 mai 1924).
- Sergent et Pignot.* — Fréquence actuelle et caractères particuliers de la cirrhose alcoolique du foie chez la femme (Bulletin de l'Académie de Médecine, 10 juin 1924).
- Brodin.* — Particularités évolutives des cirrhoses alcooliques chez la femme (La Médecine, juillet 1925).
- Lancereaux.* — Maladies du foie et du pancréas.
- Laennec.* — Traité de l'auscultation. Edition de la Faculté, p. 595.
- Fiessinger (Noël) et Brodin (P.).* — Le syndrome ictéro-ascitique des hépatites scléreuses (Presse Médicale, 9 février 1924).
- Brûlé et Barbat.* — Alcool et syphilis dans la genèse des cirrhoses (Presse Médicale, 26 décembre 1931).
- Chauffard.* — Evolution générale des cirrhoses veineuses du foie (Progrès Médical, 12 juillet 1924).
- Chomereau-Lamotte.* — Etude sur les cirrhoses alcooliques du foie. Thèse de Paris, 2 juillet 1926.
- De Bonnay.* — Contribution à l'étude des cirrhoses alcooliques. Thèse de Paris, 1925.
- Fiessinger (Noël) et Brodin.* — La tuberculose aiguë au cours des hépatites alcooliques. L'anergie hépatique (Société Médicale des hôpitaux, 14 octobre 1921).

- Garnier et Oumansky.* — Les poussées hydropigènes curables au cours des cirrhoses dites alcooliques (Revue internationale de Médecine et de Chirurgie, janvier 1927).
- Bezancon et Griffon.* — Cirrhose hépatique tuberculeuse (Société Médicale des Hôpitaux, 29 mai 1903).
- Gilbert.* — La cirrhose de Laennec ; quelques symptômes (Concours Médical, 12 février 1922).
- Gilbert et Castaigne.* — Etude sur la cirrhose hypertrophique diffuse alcoolique et tuberculeuse (Société Médicale des Hôpitaux, 1^{er} février 1901).
- Grenet.* — Cirrhose de Laennec. Syphilis et cirrhose du foie (Monde Médical, 1924, n 639).
- Langeron.* — Les éléments de pronostic dans les cirrhoses alcooliques du foie (La Clinique, février 1926).
- Ramond (Louis).* — Les cirrhoses alcooliques du foie (formes cliniques).
- Savy (P.).* — Considérations anatomocliniques sur l'atrophie et l'hypertrophie du foie dans les cirrhoses alcooliques (Journal Médical de Lyon, 20 juillet 1924).
- Sonnier-Moret.* — Contribution à l'étude des cirrhoses alcooliques avec ictère. Thèse de Paris, 1910.
- Triboulet.* — A propos de tuberculose et de cirrhose à gros foie avec ascite alcoolique (Société médicale des Hôpitaux, 24 avril 1903).
- Villaret, Bénard et Blum.* — Contribution à l'étude étiologique des cirrhoses chroniques dites alcooliques (Arch. des Maladies de l'appareil digestif, t. XII, n 5, septembre 1922).
- Tinel (J.).* — Les polynévrites (Nouveau Traité de médecine. Intoxications, fasc. VI. Masson, éditeur).
- Triboulet et Mignot.* — L'alcoolisme (Nouveau Traité de médecine. Intoxications, fasc. VI. Masson, éditeur).

